FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THÈSE

N° 1020

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'Etat)

PAR

Charles DAYANT

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille d'Or du Dévouement Social

né le 21 octobre 1942 à NEUILLY-SUR-SEINE

Présentée et soutenue publiquement le :

LA CONTRACEPTION EN PRATIQUE HOSPITALIÈRE : SES MOTIVATIONS

Président : Monsieur le Professeur J. VARANGOT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523711_0020

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'Etat)

PAR

Charles DAYANT

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille d'Or du Dévouement Social

né le 21 octobre 1942 à NEUILLY-SUR-SEINE

Présentée et soutenue publiquement le :

LA CONTRACEPTION EN PRATIQUE HOSPITALIÈRE : SES MOTIVATIONS

Président : Monsieur le Professeur J. VARANGOT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.)

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2me assesseur : Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
—	Huard (P.)
à titre personnel	Cabrol (Ch.)
— —	Olivier (G.)
Anatom. et Cytolog. path.	Delarue (J.)
à titre personnel	Nezelof (Ch.)
— —	Orcel (L.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
— —	Desgrez (P.)
— —	Polonovski (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
à titre personnel	Cartier (P.)
— —	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale à titre personnel	Bourlière (F.)
— —	Hartmann (L.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
— —	Djourno (A.)
— —	Dognon (A.)

	MM.
à titre personnel	Kellershohn (L.)
— —	Gougerot (L.)
— —	Roucayrol (J.-Cl.)
Cancérologie expériment.	Mathé (G.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histologie et Embryologie	Coujard (R.)
— —	Tuchmann-Duplessis (H.)
à titre personnel	Racadot (J.)
Microbiologie	Fasquelle (R.)
Bactériologie et Virologie	Tournier (P.)
à titre personnel	Barbier (P.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expér. et comp.	Merklen (F.-P.)
à titre personnel	Lœper (J.)
Pharmacologie	Boissier (J.-R.)
—	Lechat (P.)
Physiologie	Bargeton (D.)
—	Malmejac (J.)
—	Parrot (J.)
à titre personnel	Dejours (P.)
Physiolog. et biolog. appl. aux sports	Scherrer (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MEDECINE

Biologie médicale	Fauvert (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	Coury (Ch.)
Hygiène et Médecine prév.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médec. légale, Droit méd. et déontologie	Derobert (L.)
Pathologie exotique	Brumpt (L.-C.)
Pathologie médicale	Buge (A.)
— —	Bricaire (H.)
— —	Cornet (A.)
— —	Housset (E.)
— —	Azerad (E.)
à titre personnel	Laroche (Cl.)
— —	Bour (H.)

Pathologie médicale à titre personnel	
— —	Brocard (H.)
— —	Caroli (J.)
— —	Facquet (J.)
— —	Lambling (A.)
— —	Launay (Cl.)
— —	Payet (M.)
— —	Perrault (M.)
— —	Siguier (F.)
— —	Worms (R.)
— —	Bouvier (J.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathologie et Thér. gén.	Maurice (P.)
Thérapeutique	Lamotte (M.)
Thérapeutique appliquée	Marche (J.)

UNIV. LEIDEN BIBL.

CHAIRES DE CLINIQUES :

Cliniques :	MM.
— cardiol. (Boucicaut) ..	LENÈGRE (J.)
— cardiol. (Broussais) ..	SOULIÉ (P.)
— dermatol. (St-Louis) .	DUPERRAT (F.)
— maladies cutanées et syphilit. (St-Louis) ..	DEGOS (R.)
— endocrinolog. (Pitié) .	DECOURT (J.)
— malad. infect. (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel ..	BASTIN (R.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Ste-Anne) ..	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
— malad. du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
— neurolog. (Salpêtrière) .	GARCIN (R.)
à titre personnel ..	LHERMITTE (F.)
— neuro-psychiat. infant. (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
— maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre pers. (hématol.)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
— médicales : *Bicêtre :* DEPARIS (M.) - *Broussais :* MILLIEZ (P.) - *Cochin :* PÉQUIGNOT (H.) - *Hôtel-Dieu :* BARIETY (M.) - *Pitié :* DREYFUS (G.) - *Saint-Antoine :* BOUDIN (G.) ; CONTE (M.) ; KOURILSKY (R.).	
— médicale propédeutique Broussais	JUSTIN-BESANÇON (L.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
— Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Séméiol. méd. (Laribois.)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié) ..	RAMBERT (P.)
— — (Rothsch.)	WOLFROMM (R.)

Cliniques :	
— d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel ..	GIBERTON (A.)

Cliniques :	MM.
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
— néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel ..	RICHET (G.)
— — ..	CROSNIER (J.)
— Génét. méd. (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
— médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
— pédiatrie (Trousseau) .	BRISSAUD (H.)
à titre personnel ..	LESOBRE (R.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la 1re enfance (Trousseau)	
à titre personnel ..	LAPLANE (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)

Cliniques :	
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel ..	KREIS (B.)
— — ..	MEYER (A.)
— rééducation motrice ..	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel ..	FISCHGOLD (H.)
— — ..	TUBIANA (M.)
— — ..	CHERIGIE (E.)

Cliniques :	
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	DELBARRE (F.)
— rhumatol. (Laribois.) .	SÈZE (S. de)
— toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale ..	LAURENCE (G.)
— — ..	KUSS (R.)
— — ..	N...

Path. chirur. à titre pers.	RAMADIER (J.)
Physiologie et path. obst.	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et Chirurg. expérimentale .	MONSAINGEON (A.)

CHAIRES DE CLINIQUES :

Cliniques :	
— carcinolog. (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel ..	BRÉHANT (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* LORTAT-JACOB (J.-L.) ; BAUMANN (J.) - *Cochin :* LÉGER (L.) - *Hôtel-Dieu :* PATEL (J.) - *Saint-Antoine :* GOSSET (J.). - *Salpêtrière :* SICARD (A.) - *Tenon :* OLIVIER (Cl.).	
— thérap. chirur. (Vaugirard)	ROUX (M.).

Séméiologie et Clinique chirurg. (Broussais) ..	POILLEUX (F.)
Séméiologie et Clinique chirurg. (Saint-Louis) .	DEBEYRE (J.)

Cliniques :	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) ..	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	PADOVANI (P.)

	MM.
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) .	Cauchoix (J.)
— traumat. et orthopéd. (R. Poincaré)	Judet (R.)
— chir. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
à titre personnel ..	Chigot (P.-L.)
— chirurgie cardio - vasc. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec)	Mathey (J.)
à titre personnel ..	Gaudart d'Allaines (Cl. de)
— chir. et gynéc. (Broca)	Huguier (J.)

	MM.
— obstétr. (Baudelocque)	Lepage (F.)
— — (Saint-Antoine)	Merger (R.)
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
à titre personnel ..	Lebeau (J.)
— ophtalmolog. (Cochin)	Brégeat (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— oto - rhino - laryngol. (Lariboisière)	Aubry (M.)
— stomatol. (Salpêtrière)	Cernea (P.)
— urologique (Cochin) ..	Aboulker (P.)
— — (Necker) ..	Couvelaire (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	Gillot (Cl.)
Anatomie pathologique ..	Gouygou (Ch.)
Bactériologie	Christol (D.)
Bactériologie	Le Minor (L.)

Biochimie médicale : Cartier (P.) ; Gonnard (P.) ; Nordmann (J.).

Chirurgie	Cerbonnet (G.)

Hématologie : Bessis (M.) ; Bilski-Pasquier (G.).

Hygiène : Blancher (G.) ; Corre-Hurst (Mme L.).

Médecine légale : Ceccal (P.) ; Hadengue (A.) ; Fournier (E.).

Médecine générale	Aussannaire (M.)
Maladies infectieuses	Dupont (V.)
Neuro-psychiatrie	Tardieu (G.)
Pédiatrie	Rossier (A.)

Physique médicale : Coursaget (J.) ; Gremy (F.) ; Pellerin (P.).

Physiologie : Durand (J.) ; Girard (Fr.) ; Hugelin (A.).

Stomatologie	Chaput (Mme A.)
Pharmacologie	Schmitt (H.)

D. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Pathologie chirurgicale .. M. Rudler (J.) *pr. s. ch.*

E. — PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	Moricard (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	Schwartz (D.)
Néphrologie	Maxwell (M.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.).
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.).

Conservateurs : Mme Forget (F.), Mlles Dumaitre (P.) ; Laurent (H.) ; Le Noir (G.).
Bibliothécaires : Mme Contet (J.) ; Mlles Durozoy (M.-F.) ; Roberge (D.) ; Le Quang Linh (G.) ; Reuge (M.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

LE DOCTEUR GEORGES DAYANT

Officier de la Légion d'Honneur

Que mes chers parents reçoivent l'hommage de cette thèse, terme de mes études médicales qu'ils ont encouragées et guidées, comme un faible témoignage de mon affection.

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur J. VARANGOT

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur LANVIN

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Professeur au Collège de Médecine

Qui a bien voulu nous permettre d'utiliser les observations cliniques de son service.

A Monsieur le Docteur NICOLAS

Qui a bien voulu nous confier les observations de malades qu'il avait suivis et traités dans le service de Monsieur le Docteur LANVIN.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Professeur SICARD

Monsieur le Professeur PATEL (*In memoriam*)

Monsieur le Docteur KOURISLKY

Monsieur le Professeur LEMAIRE

Monsieur le Docteur J. WEILL

Monsieur le Professeur MOLLARET

Monsieur le Professeur VIC-DUPONT

La contraception en pratique hospitalière : ses motivations

PLAN

I — **INTRODUCTION**

- — Historique de la contraception
- — Les étapes récentes de la contraception
- — La création du centre du M. F. P. F.

II — **LES DIVERSES OPINIONS PHILOSOPHIQUES ET RELIGIEUSES**

- — Opinions philosophiques
- — Opinions religieuses
  - ● Eglise catholique
  - ● Eglise réformée
  - ● Israélites
  - ● Musulmans

III — **LES OPINIONS POLITIQUES**

- — La loi de 1920
- — La loi Neuwirth
- — Les mises en garde du Conseil de l'Ordre

IV — **LA CREATION D'UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION A L'HOPITAL BRETONNEAU ET DANS D'AUTRES CENTRES HOSPITALIERS**

- — A Bretonneau
- — Les autres centres de contraception dans Paris

V — **ETUDE DE 590 DOSSIERS**

— Les motivations et leurs modalités en fonction de

- L'âge des femmes
- La parité
- Du Service qui les adresse
- La situation de famille
- Leurs ressources
- Leurs logements
- Leurs religions
- Leurs cultures
- Du nombre des fausses couches provoquées antérieures
- La méthode appliquée avant la consultation
- La durée de la contraception
- Des méthodes proposées
    - Indications
    - Contre-indications

— Quelques exemples démonstratifs

- Une malade mentale
- Un cas de motivation social
- Un cas de motivation d'une grande multipare
- Une femme se faisant régulièrement avorter
- Une indication médicale
- Une indication obstétricale

VI — **CONCLUSIONS**

Tous les habitants de ce bas monde sont appelés à le quitter.

La Procréation est la meilleure des choses que tu puisses y faire ; mais si tu veux procréer, fais-le avec discernement.

Abou el Alaa el Maari

I

INTRODUCTION

A — L'HISTORIQUE DE LA CONTRACEPTION

Depuis des temps immémoriaux, les médecins s'occupent de la contraception.

Les textes médicaux, les plus anciens qui sont parvenus jusqu'à nos jours, sont les sept Papyrus de l'Ancienne Egypte, aujourd'hui vieux d'environ trois mille cinq cents ans.

L'un d'eux l'Ebers (du nom du savant allemand qui l'a découvert), est un énorme rouleau de douze pouces d'épaisseur et de soixante-huit pieds de long, en état de parfaite conservation.

Le papyrus d'Ebers contient la première prescription contraceptive connue : il s'agit de l'insertion intra-vaginale pré-coïtale d'un tampon de toile douce imbibé de gomme arabique et de miel.

Soranus le Grec, l'un des plus grands médecins de l'Antiquité qui exerçait à Rome pendant le deuxième siècle avant Jésus-Christ, avait inclus un chapitre entier de contraception dans son célèbre traité de Gynécologie.

Dans l'Antiquité, les Arabes introduisaient une pierre ronde et lisse dans la matrice de leur chamelle. Ainsi, les bêtes de selle se comportaient comme une femelle gravide et repoussaient les avances du mâle.

Cette pratique serait encore en usage chez les Touaregs et au Soudan.

Aux Indes Néerlandaises, pendant plusieurs siècles, on introduisait un objet ressemblant à un filament élastique dans la cavité utérine des femmes afin de les empêcher de procréer.

Dans les sociétés primitives et anciennes, on retrouve l'utilisation de préservatifs mécaniques :

masculins : en carapace de tortue, en corne, en cuir ; en cœcum de bouc dans la Rome Impériale.

féminins : en corne d'Okra chez les Djukas d'Amérique du Sud.

Quant aux différentes potions, elles sont innombrables et forment un patrimoine commun à presque toutes les civilisations, jusqu'au Moyen-âge et même au-delà. Il serait vain de les énumérer.

On peut cependant remarquer que la part magique de ces breuvages, qui étaient d'ailleurs souvent associés à des rites gestuels, est certainement importante.

Il semble donc, au total, que pendant cette période allant jusqu'au XVIII[e] siècle environ, tout se passe comme si le facteur magique comptait autant que les résultats pratiques.

L'époque charnière, se situe vers la fin du XVIII[e] siècle.

En effet, les connaissances anatomiques et surtout physiologiques sont longtemps demeurées imparfaites et inexactes.

A la fin du XVIII[e] siècle, se déclenche une évolution sur deux plans :
— socio-économique et religieuse d'une part
— et médicale d'autre part.

Plus tard en 1883, Charles KNOWLTON, médecin de Boston, publie un ouvrage intitulé « Fruits de la Philosophie », mais comme il traitait de méthodes de contraception, il fut récompensé par une peine de travaux forcés. Depuis cette époque, heureusement, la contraception a été reconnue comme le complément essentiel et légitime du parfait état de santé.

Il a fallu attendre 1928 pour que GROFFENBERG présentât un anneau de fil d'argent et d'acier soudé, ancêtre des stérilets.

B — LES ETAPES RECENTES DE LA CONTRACEPTION

Les étapes récentes, concernant la deuxième partie du XIX[e] siècle et le XX[e] siècle mettent surtout en évidence des différences de méthodes et d'optiques, selon qu'il s'agit des pays du Tiers Monde ou des pays développés économiquement.

Dans le Tiers Monde, la population double tous les 25 ans rendant difficile tout effort d'aboutir.

A côté de ces pays du Tiers Monde, les pays industrialisés voient la contraception sous un angle différent.

Pour eux, en effet, l'Anarchie de la Natalité aboutit peu à peu à un déséquilibre d'ordre non seulement psychique, mais également moral, mis en évidence par le nombre croissant, et d'enfants déséquilibrés, et de ménages dissous.

C'est dans cette rubrique concernant les pays industrialisés que l'on parlera plus volontiers « d'une politique de la famille ».

En 1950, parce que Margaret SANGER avait attiré son attention sur l'insuffisance des méthodes mécaniques de la contraception, Grégory PINCUS eut l'idée d'utiliser la progestérone ou un de ses dérivés de synthèse pour reproduire l'anovulation de la grossesse.

Les recherches sur l'animal se développèrent à la Worcester Fondation, puis elles eurent lieu sur les femmes dans le service du Professeur John Rock à l'université de Harward.

C'est en 1961 que fut commercialisée en France la première « pilule » œstro progestative. Présentée cependant comme un médicament destiné au traitement de l'endométriose, des menorragies et des douleurs pelviennes, le Norethynodrel, ne devait connaître qu'un succès limité dans la contraception et ceci pour deux raisons :

— d'une part ce médicament n'était pas présenté au corps médical comme un contraceptif.

— d'autre part, mal toléré, il était rapidement abandonné par 25 à 30 % des femmes qui en faisaient l'essai.

Cependant les laboratoires, conscients de l'intérêt commercial de la contraception hormonale, devaient rapidement mettre sur le marché des produits mieux tolérés.

De nos jours, le médecin qui ignorerait les modalités de la contraception ne serait qu'un médecin imparfait.

La multiplication des méthodes contraceptives augmente la demande et améliore la réponse qui peut y être faite ; mais une méthode ne chasse pas l'autre, chacune a sa place, ses indications et ses contre-indications.

Bien que « la mode » doive être exclue des facteurs déterminants du choix d'une méthode contraceptive, il n'est pas douteux qu'indépendamment de leurs indications réelles, la « pilule » et le stérilet paraissent aux yeux du grand public, à la tête du progrès en matière de contraception. Les médecins adoptent volontiers cette optique pour une autre raison : il est plus facile de prescrire des pilules, voire de mettre en place un stérilet, que de savoir ajuster un diaphragme et surtout d'apprendre à une femme à s'en servir.

Pourtant le diaphragme qui est d'une inocuité certaine et d'une grande efficacité, est une méthode qui s'adapte bien à la moyenne de la population française dans les conditions actuelles de la technique contraceptive, mais elle est difficile de prescription et demande une véritable éducation du médecin aussi bien que du couple.

Ce n'est pas la solution de facilité, mais sûrement celle de la sécurité et de la prudence.

C — LA CREATION DU MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL

En 1952 s'est constituée une Fédération Internationale de Planning Familial groupant actuellement plus de quarante Pays. Pour sa part le M.F.P.F. a été fondé en 1956 et a adhéré à la Fédération internationale.

Depuis, l'intérêt pour la contraception suit une progression géométrique tant de la part des médecins que des couples en âge de procréer.

Pour la première fois alors, on emploie le terme orthogénisme dans un article du Docteur Lagroua Weill-Hallé fondatrice du M.F.P.F., concernant le cas de deux cent dix-huit femmes venues solliciter un conseil contraceptif.

Les premiers contraceptifs endo-utérins en polyéthylène furent commercialisés en France en 1963.

La plupart des dispositifs actuellement utilisés sont en matière synthétique et conçus de telle sorte qu'ils peuvent franchir le canal cervical sous un volume réduit et reprendre leur forme initiale dans la cavité utérine dans un plan frontal.

L'essor qui s'était manifesté au début du XX^{e} siècle s'amplifie donc, et les médecins prescripteurs ont, à leur disposition, des moyens qui se révèlent de plus en plus efficaces.

II

LES DIVERSES OPINIONS PHILOSOPHIQUES ET RELIGIEUSES

A — LES OPINIONS PHILOSOPHIQUES

S'il est un domaine où l'on peut considérer « que nos actes nous suivent » c'est bien celui de la génération.

Comme le disait Bossuet « une minute d'absence et voici que se trouve créé un nouvel être dépositaire de tout un énigmatique potentiel à la fois d'âme et de chair auquel il appartiendra de porter notre substance et de prolonger notre pensée jusque dans un avenir indéfini. »

Il nous semble difficile de séparer les problèmes médicaux et psychologiques des problèmes moraux.

Un homme a toujours besoin d'un ordre de valeur, même s'il le nie.

On doit cependant remarquer que le médecin faillirait à sa mission s'il voulait imposer à ses malades son propre ordre de valeur.

Il doit admettre que les morales varient en fonction de beaucoup de facteurs, et en particulier selon les conditions du milieu social.

S'il tendait à se vouloir intransigeant sur les principes, l'expérience lui apprendrait à se faire indulgent dans les applications.

En pratique, lorsqu'un couple prend la résolution de s'interdire toute procréation, deux voies philosophiques s'ouvrent à lui :

— La première, celle de refuser de biaiser avec la loi naturelle : il s'astreint alors à discipliner ses actes sexuels.

Dans ce cas-là, la continence périodique, par exemple, suppose une maîtrise de soi importante, elle n'est d'ailleurs pas à la portée de tous.

— Dans l'autre voie s'engagent ceux qui aiment mieux dompter la nature que contrôler leurs réflexes.

Le couple se donne l'illusion de supprimer le problème et ainsi d'oublier ses responsabilités.

Et il faut se souvenir que les médecins ne sont pas seulement là pour conseiller une élite morale.

ils mesurent suffisamment la force des impulsions sexuelles en fonction des individus pour proposer à certains, ce qui pour d'autres présenterait d'insurmontables difficultés.

La différence importante à notre époque semble être que ce qui demeurait naguère dans le secret des alcôves et du confessionnal, soit aujourd'hui entendu à tout vent.

Certes, tous les temps ont connu des grossesses inopportunes et des naissances indésirées. Le serment Hippocratique n'eût pas expressément invité les médecins à s'interdire la pratique des « pessaires abortifs », si nos plus anciens devanciers déjà n'avaient été soumis aux pressantes sollicitations d'y recourir.

On ne manquera cependant pas d'évoquer les progrès mêmes de la médecine et de se rappeler que le passé a pâti (ou bénéficié) d'une limitation naturelle de la descendance, en rapport avec une effroyable mortalité infantile associée souvent à la pratique de l'infanticide.

Au XIX[e] siècle, des règles d'hygiène plus attentives auraient pu davantage préserver les berceaux.

Mais les études démographiques révèlent alors, tout au moins dans les familles paysannes, une raréfaction des naissances, dont le Code Napoléon portait la première responsabilité, par la menace que l'abrogation du droit d'aînesse faisait peser sur les patrimoines désormais voués au démembrement dans l'éventualité d'une postérité trop nombreuse.

Sous une forme ou sous une autre, les générations qui précédèrent les nôtres, ont donc à coup sûr pratiqué la contraception, une contraception qui n'osait pas encore dire son nom.

L'innovation de notre temps, c'est précisément qu'elle ose dire son nom.

B — LES OPINIONS RELIGIEUSES

1 — L'Eglise catholique

Si, à l'heure actuelle, la position traditionnelle est fortement contestée dans l'Eglise, ce n'est pas tant par souci de sacrifier au goût du jour que par la perception accrue de l'insuffisance de cette doctrine.

En ce qui concerne la continence pédiodique, l'Eglise a été accueillante.

En fait, c'est déjà reconnaître la licité d'une certaine intention contraceptive même si elle est envisagée par le moyen de procédés, dits alors naturels, car respectant à la fois le rythme et la biologie de la génération.

Face à la gravité du problème démographique, Pie XII a admis la légitimité de ce qu'il a appelé une « régulation des naissances » (naturellement toujours dans le cadre de la continence périodique) et a reconnu

que de graves motifs, médicaux, eugéniques, économiques, sociaux pouvaient dispenser les époux du devoir de procréer même pour la durée entière de leur vie conjugale.

Finalement, le Concile Vatican II a reconnu que si « la décision relative au nombre d'enfants à mettre au monde dépend du jugement droit des parents, néanmoins le mariage n'est pas institué en vue de la seule procréation ».

D'ailleurs comme le dit le chanoine AUBERT, « la pratique de l'Eglise montre que la procréation n'est pas absolument l'élément nécessaire pour définir le mariage chrétien, pour la raison bien simple qu'elle a toujours reconnu la stérilité de la femme avant ou après la ménopause, ne rend pas du tout le mariage invalide.

On perçoit mieux maintenant où git la difficulté et cela même au sein de la doctrine traditionnelle.

D'un côté la procréation n'y apparaît pas comme définissant à elle seule et de façon indispensable le mariage ; et cependant dès que l'on passe à « l'usage du mariage », c'est elle qui détermine tout de façon impérative.

Ainsi, d'un côté, une régulation des naissances (donc en fait une certaine contraception) est déclarée permise ; mais de l'autre un interdit est mis au niveau des moyens, au nom de cette nature biologique inviolable et donc reconnue par la norme morale.

Désormais, l'autorité suprême dans l'Eglise a tranché le débat.

Toutefois, il faut noter que l'Encyclique « Humanae Vitae » renouvelle assez profondément la perspective générale du problème.

Il existe ainsi dans cette Encyclique deux aspects très positifs : D'abord l'Encyclique a l'immense mérite de réhabiliter en le mettant au premier plan, l'amour conjugal si facilement sous-estimé dans le passé comme valeur humaine fondamentale.

Tout en comportant deux aspects indissolubles, union entre les époux et procréation dans une paternité responsable, cet amour voit sa dignité enfin proclamée en des termes dont personne ne peut contester la fermeté.

Il convient de souligner aussi un autre aspect de l'enseignement de l'Encyclique.

Si l'homme se caractérise principalement, dans son être et sa destinée, par sa liberté et le souverain pouvoir sur ses actes, cette liberté n'est pas un absolu.

En particulier, l'homme ne peut faire ce qu'il veut de son être physique ; celui-ci comporte des finalités.

2 — **L'Eglise Réformée**

Dès l'origine du mouvement français, pour le Planning familial, nombreuses ont été les protestantes en particulier membres du groupe « Jeunes Femmes » qui ont travaillé comme hôtesses bénévoles dans

les différents centres du Planning et aussi qui ont contribué à leur extension en plein accord avec leur conviction spirituelle et leur appartenance religieuse.

Du côté des médecins protestants, moins nombreux ont été ceux qui, dès l'origine du Mouvement Français pour le Planning familial, aient pris une position résolue.

En effet, chez eux, intervenait un facteur propre à la médecine car ils étaient liés par les prises de position négatives, jusqu'à une date récente du Conseil de l'Ordre.

Le pas vers une conception élargie de la Médecine Moderne, destinée non seulement à combattre la maladie mais à intervenir également au service global de la santé ne fut pas, on s'en doute, des plus faciles à franchir.

Cependant la contraception, sous sa forme moderne, apparaît pour la première fois dans des pays à tradition protestante.

Elle naît comme une aide à des femmes accablées par trop de grossesses.

La première clinique du Planning est fondée à Amsterdam en 1885.

Pour terminer, nous citerons la déclaration officielle de l'Eglise Réformée de France en date du 6 décembre 1964.

« Le Conseil National de l'Eglise Réformée de France avait formulé en 1956 son avis sur le contrôle des naissances. Il a chargé sa commission médicale d'examiner de nouveau la situation créée par l'existence du « planning familial ».

En tenant compte de ses indications, il a abouti, dans sa session des 5 et 6 décembre 1964 aux conclusions suivantes :

— Selon l'Ecriture Sainte, les enfants sont une bénédiction et une joie que tout foyer doit souhaiter. Toutefois, l'union physique est en soi une expression voulue par Dieu de la communion des époux, même en dehors de la possibilité de procréation.

— La venue des enfants doit être le fruit d'une décision consciente et volontaire, assurée ensemble par les époux. Ils ne peuvent le faire sans tenir compte des conditions médicales ou sociales dans lesquelles seront appelés à naître et à vivre ces enfants, lorsque ces conditions sont susceptibles de compromettre leur avenir physique et moral ou l'harmonie du couple.

— Dans la mesure où le couple prend conscience de telles responsabilités, le Conseil National admet la légitimité des méthodes contraceptives, étant entendu que l'avortement ne peut entrer dans cette catégorie.

— Il est recommandé au couple, avant de prendre une décision qui lui incombe, de recourir aux éléments d'informations actuellement offerts, à l'avis d'un médecin et aux conseils d'un guide spirituel. Il est en effet indispensable que les époux soient informés sur l'efficacité et l'inocuité des méthodes employées, ainsi que sur la légitimité des raisons profondes qui inspirent leurs décisions.

— C'est pourquoi le Conseil National invite les pasteurs et les médecins, les sages-femmes, les assistantes sociales et les infirmières à accepter ces responsabilités nouvelles et à se préparer à les assumer. »

Enfin, citons cette phrase du Pasteur A. DUMAS qui nous assure que la contraception n'est nullement la sécurité sociale moderne de cette « maladie naturelle » de l'être humain que serait sa « pléthore sexuelle ». Elle se veut, plus humainement, l'aide aux couples pour vivre sans angoisse leurs relations sexuelles personnelles.

3 — **Le point de vue israélite**

Le Judaïsme place la vie entière de l'homme sous le signe de la soumission à la loi divine.

Dans cette optique « le mariage est un idéal et la procréation un devoir ».

En reprenant l'Histoire Sainte, on s'aperçoit que lorsque Dieu eût terminé le premier couple, il lui ordonna : « Croissez et Multipliez ».

Cependant si mariage et procréation apparaissent indissociables, à côté de ce devoir de procréation existe « le devoir d'aimer ».

Ces considérations permettent donc d'expliquer la position du Judaïsme : la procréation constituant l'une des finalités essentielles de l'instinct sexuel, la limitation volontaire la prive de sa signification vraie.

Ainsi tout acte qui va à l'encontre de cette fonction essentielle devient un acte contre nature.

C'est pourquoi, a priori, le Judaïsme proscrit catégoriquement n'importe quel procédé, moyen ou technique qui s'oppose brutalement à la procréation.

Cependant, on peut admettre que des précautions du style Ogino « qui ne sont contraires ni à la lettre de la loi, ni à son esprit » soient valables si l'on tient compte de la notion du nombre d'enfants maximum en fonction de la santé maternelle.

Quant aux contraceptifs, le Judaïsme ne les autorise que dans des cas exceptionnels, lorsque la santé de la mère est en jeu, lorsque la grossesse risque de mettre son équilibre physique ou psychique en danger. Tout en réservant uniquement à la femme l'autorisation de se protéger car « l'homme a la responsabilité de perpétuer la descendance, alors que la femme n'est appelée qu'à coopérer ».

D'ailleurs, sans établir de règle générale, le Rabin GUGENHEIM pensait que « par ordre de préférence et toute considération médicale mise à part, on préconiserait les contraceptifs oraux ou alors un système comme le diaphragme, tous moyens qui permettent, somme toute, à l'acte conjugal de s'effectuer normalement ».

4 — **Le point de vue musulman**

Il nous a semblé intéressant d'étudier également ce point de vue en raison de l'importance de cette religion chez les femmes venant consulter à l'hôpital Brétonneau.

Actuellement, six pays musulmans ont adopté le principe d'une prévention des naissances.

Le premier à y souscrire fut l'Egypte, puis vinrent le Pakistan, la Turquie et le Maroc. Depuis quelque temps, dans la République Algérienne naît un courant d'opinions favorables au Planning familial.

Rien n'est encore officiel. Cependant plusieurs articles de presse, dont le plus récent date du 8 avril 1968 dans l'hebdomadaire « Algérie Actualité » montrent qu'il y existe une tendance favorable à la limitation des naissances. « Le même principe qui poussait autrefois les musulmans à se multiplier en nombre doit les pousser aujourd'hui à limiter leur natalité. »

Incontestablement, la République Tunisienne se place en tête de file ; d'ailleurs le Planning Familial y est l'objet d'une mise au point minutieuse.

Dans cette République toute neuve, la nation a accepté une conception radicalement différente de la vie conjugale.

Dès lors que la propagande affirmait que la continuité de l'ascension vers un destin meilleur se trouvait en cause, la ferveur patriotique intervint.

Le consentement collectif ne fait aucun doute et les réfractaires se font rares.

Pour terminer, nous citerons la réponse donnée par le docteur Sadok Mokaddem, président de l'Assemblée Nationale : « ... Le gouvernement arrête les grands traits d'une politique de régulation des naissances, politique inspirée par le Président Bourguiba. »

Ce dernier, lança les mots d'ordre avec toute sa puissance de persuasion.

Ensuite, les ministres, les parlementaires, les militants du parti socialiste, fidèles à leur ligne de conduite habituelle, entreprirent une vaste campagne d'information et d'éducation.

Le stérilet — appelé communément scoubidou — devint rapidement populaire et fut accueilli avec intérêt et ferveur.

Ce sont surtout les mères de famille qui adhérèrent d'enthousiasme à l'entreprise.

Au contraire, les hommes furent plus réticents au début. Mais ils finirent par se rendre à l'évidence, après des dialogues animés.

Il restait aux responsables à affronter un péril d'ordre spirituel.

Dans un pays musulman attaché à ses traditions religieuses, il pouvait paraître, de prime abord, insensé de recourir à une politique de planning familial.

Ici la vérité oblige à noter que la Tunisie s'applique à donner à l'Islam un aspect moderne et dynamique, compatible avec le progrès et les exigences d'une société du XX^{e} siècle.

C'est dans cette optique que les réformes concernant une natalité ordonnée furent décidées, promulguées avec l'accord des autorités religieuses.

Eclairée la population se prêta et se prête de plus en plus, à une organisation rationnelle de la famille.

Une ultime précision : le recours au Planning familial est un acte volontaire. La liberté individuelle règne en Tunisie.

Le gouvernement tunisien estimait que 120.000 stérilets seraient placés entre 1966 et 1967. La statistique ministérielle a annoncé officiellement que les précisions étaient largement dépassées.

Certaine d'avancer dans une voie où le pays la suit, l'équipe dirigeante persévère.

Son dernier plan quadriennal prévoit la création d'un centre national de recherches sur le Planning familial.

Le Planning familial ne viole pas les précepts coraniques. Aussi, l'expérience tunisienne acquiert-elle un sens démonstratif pour les peuples musulmans.

III

LES DIVERSES OPINIONS POLITIQUES

A — LA LOI DE 1920

La proposition de loi « concernant la régulation des naissances et les contraceptifs » que l'Assemblée Nationale a adoptée le 1er juillet 1967, répond à un mouvement d'opinion très large et très profond.

Ce n'est plus simplement une revendication isolée mais la pression d'une multitude.

Cette situation est le résultat d'un concours de circonstances qui réunit des facteurs à la fois scientifiques, psychologiques et philosophiques.

En effet au début de ce siècle, la baisse de la natalité française inquiète les pouvoirs publics.

A la suite de la première guerre mondiale, la dépopulation s'aggrave.

Aussi le législateur désirait mettre un terme à la diffusion des procédés contraceptifs dans la mesure où ils favorisaient une chute de la natalité.

De cette façon, fut votée par 521 voix pour et 55 voix contre, la loi du 31 juillet 1920.

Tous également étaient d'accord pour maintenir les articles de la loi relatifs à la répression de l'avortement clandestin.

On demanda ensuite l'abolition des articles 3 et 4 qui réprimaient la propagande anticonceptionnelle.

Cette loi ayant échoué dans ses intentions natalistes, puisque jusqu'à la guerre de 1939 la natalité n'a fait que décroître et que la restriction des naissances, faite de façon empirique, est restée de pratique courante.

Si ensuite la natalité a repris une courbe ascendante, c'est le fait principalement de deux choses :

Tout d'abord et surtout de l'institution des allocations familiales.

Mais aussi d'une nouvelle envie de vivre, plus mystérieuse mais également plus efficace que les injonctions natalistes du législateur.

On peut donc considérer qu'aujourd'hui cette loi de 1920 est anachronique et a été inefficace. Elle a abouti tout simplement au règne de l'enfant unique avec tous les aléas que cela comporte.

De plus, elle est dangereuse car elle donne un sentiment de culpabilité à tous ceux qui la transgressent.

Enfin et surtout, elle est responsable de la majorité des avortements provoqués.

Il est inutile de démontrer que la meilleure façon de lutter contre ceux-ci n'est pas la répression mais la prévention par des méthodes contraceptives dont l'exemple nous est fourni par l'expérience de nombreux pays étrangers.

Ce mouvement d'idées a vu son épanouissement dans la création de centre de Planning, répliques des organisations des pays anglo-saxons.

Ces organisations avaient obtenu le consentement tacite des pouvoirs publics.

En effet, aucun médecin appliquant ces principes ne tomba sous le coup de la loi.

Il était donc légitime de prévoir « un certain » ajustement de cette loi de 1920.

D'un avis unanime, il fallait distinguer bien sûr avortement et contraception.

Un premier texte maintiendrait donc la répression de l'avortement clandestin.

Un deuxième texte plus complexe, viserait à élaborer la seule contraception.

On voit donc que depuis de nombreuses années la loi de 1920 faisait l'objet de violentes critiques.

« Loi de circonstance » a-t-on dit, mais loi également qui s'est soldée par un échec.

En fait, la législation française s'est surtout efforcée, par étapes successives, de réprimer l'avortement et la complicité d'avortement, lorsque ces faits témoigneraient d'une habitude, étant l'œuvre de ceux en qui l'on pouvait reconnaître des avorteurs professionnels.

Mais la loi de 1920 sanctionnait également toute personne qui, dans un but de propagande anticonceptionnelle, avait décrit ou divulgué, ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou faciliter l'usage de ces procédés, soit par des discours dans les lieux publics, soit par vente, offre, exposition ou affichage.

Le texte même de la loi de 1920 était rédigé d'une manière telle que certains avaient pu penser qu'une diffusion des produits anticonceptionnels, sans publicité ni incitation à les utiliser, était légale.

Cette interprétation, toutefois, n'avait pas été admise par la cour de cassation qui, d'une part, avait cassé le 10 décembre 1925 un arrêt de la Cour de Paris qui relaxait les poursuites des vendeurs d'instruments devant prévenir la grossesse parce que la vente ne s'accompagnait pas d'actes extérieurs de propagande, mais qui, d'autre part, décidait le 3 décembre de la même année, que le simple usage de procédés contraceptifs n'était pas visé par la loi.

L'importance de la contraception en France depuis de longues décennies, l'évolution de sa technique, la nouvelle liberté acquise par la femme ou le couple en matière de droit à descendance, expliquent la nécessité d'une nouvelle législation.

Encore convient-il de comprendre qu'elle ne se rapporte que partiellement à la loi de 1920.

Le texte de juillet 1967 ne concerne que la régulation des naissances qui n'en est qu'un aspect.

Le Haut comité de la population avait traité, non seulement de ce problème, mais aussi proposé de modifier sensiblement les conditions de l'avortement thérapeutique telles qu'elles avaient été fixées par le code de la famille en juillet 1939.

B — LA LOI DE NEUWIRTH

En juillet 1967, l'Assemblée Nationale a examiné une proposition de loi proprosée par un député M. Lucien NEUWIRTH, tendant à abroger certains des articles de la loi du 31 juillet 1920.

Lors de la discussion, il fut fait état à diverses reprises du rapport sur la régulation des naissances, œuvre du Haut comité consultatif de la population et de la famille.

Au cours de la session d'octobre et après renvoi devant la commission mixte paritaire, la proposition adoptée avec des amendements est devenue la loi du 28 décembre 1967.

C'est surtout l'article 3 du projet qui a donné lieu à des amendements et retouches, notamment en ce qui concerne la vente des contraceptifs, la responsabilité des médecins et l'âge des personnes autorisées à en bénéficier.

Quelque temps avant l'adoption de la proposition de loi par l'Assemblée Nationale, le Professeur de VERNEJOUL avait fait des déclarations dans le cadre des journées médicales de Marseille, exposant l'attitude de l'ordre des médecins en la matière.

Elles expliquent, dans une certaine mesure, le texte adopté : La loi de 1920 apparaît confuse, elle ne doit pas être abolie mais modifiée :

« L'ordre doit avoir le souci de la mission des médecins qui est de protéger la vie et qui n'ont en aucun cas le droit de la supprimer. »

Le Professeur de VERNEJOUL posait la question suivante : les médecins ont-ils le droit de s'associer à l'étude des moyens qui ont pour but de l'éviter ?

La réponse paraît claire : « l'Ordre ne peut conseiller aux médecins d'intervenir que lorsqu'une grossesse éventuelle menace la vie ou la santé de la femme.

En dehors de ces dangers et dans chaque cas particulier, les médecins, tenant compte de toutes les situations particulières d'ordre psychologique ou d'ordre matériel, agissent selon leur conscience. »

Le Président de l'Ordre National des médecins ajoutait qu'il ne pouvait accepter que les médecins soient transformés en régulateurs de la contraception lorsqu'il n'existe aucune contre-indication médicale à une grossesse.

L'Ordre National redoutait ainsi que les médecins eussent, en fait, l'entière responsabilité de la contraception.

Il importait aussi, dans une nouvelle législation, de répondre à une autre question, celle de l'intervention des prestations sociales dans une matière où doit jouer avant tout la notion de responsabilité personnelle des intéressés.

Le législateur a donné sa réponse négative à l'Assemblée Nationale dans un texte qui s'inspire très étroitement de la version présentée par le Haut Comité de la population.

Le nouveau texte ne permet pas désormais que la vente et l'usage des contraceptifs soient libres, comme cela se pratique en fait mais il admet qu'ils soient autorisés, afin de pouvoir être réglementés d'une façon efficace.

Après effondrement de thèses opposées fut votée, lors du dernier examen du texte, une disposition aux termes de laquelle les contraceptifs ne peuvent être délivrés qu'accompagnés d'un bon tiré d'un carnet à souche par le médecin.

Cependant, la vente de tout contraceptif aux mineures non émancipées, de moins de 18 ans, et des contraceptifs inscrits au tableau spécial aux mineures de 21 ans non émancipées, ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale, délivrée avec le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal, sauf nécessité thérapeutique.

Il convient d'ajouter aussi que les dispositifs anticonceptionnels intra-utérins ne sont délivrés qu'aux praticiens habilités à exercer la médecine sur leur demande écrite et pour usage professionnel.

Un article fort controversé laisse à un règlement d'administration publique le soin de déterminer les conditions de vente ou de fourniture des contraceptifs aux mineures non émancipées dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion. L'inconnu reste les conséquences de l'application de la loi, elles ne sont cependant pas du ressort du juriste.

Il nous apparaît maintenant intéressant, d'étudier les articles principaux de cette loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L 648 et L 649 du code de la santé publique.

Art. 3. — « La vente des produits, médicaments et objets contraceptifs, est subordonnée à une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le ministre des affaires sociales. Elle est exclusivement effectuée en pharmacie. Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial, par décision du ministre des affaires sociales, ne sont délivrés que sur ordonnance médicale ou certificat médical de non-contre-indication.

Aucun produit, aucun médicament abortif, ne pourra être inscrit sur ce tableau spécial.

Cette ordonnance ou ce certificat de non-contre-indication sera nominatif, limité quantitativement et dans ce temps et remis accompagné d'un bon tiré d'un carnet à souche par le médecin au consultant lui-même.

... La vente ou la fourniture des contraceptifs aux mineures de 18 ans non émancipées et des contraceptifs inscrits au tableau spécial aux mineures de 21 ans non émancipées, ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale, constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal. »

L'Art. 5 est ainsi rédigé :

« Toute propagande antinataliste est interdite. Toute propagande et toute publicité commerciale, directe ou indirecte, concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou sur les méthodes contraceptives, sont interdites, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.

Un décret précisera les modalités d'applications du présent article... »

IV

LA CREATION D'UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION A PARIS

A — INTERET D'UNE TELLE CONSULTATION A L'HOPITAL BRETONNEAU

Une consultation de contraception a donc été créée à l'Hôpital Bretonneau.

Cette consultation venait à propos.

En effet, elle faisait son apparition dans un milieu où les femmes ressentaient le besoin de planifier leur vie familiale, que ce soit pour des raisons économiques ou sociales.

La création d'une consultation de contraception était également très intéressante non seulement pour la patiente qui bénéficiait de conseils contraceptifs, mais également pour le praticien et ceci pour deux raisons principales.

Tout d'abord, elle permettait d'offrir à la femme venant nous consulter, une contraception limitée dans le temps, c'est-à-dire réversible.

En effet, quelques années plus tôt, lorsqu'une femme pour une indication d'ordre incontestablement médicale telle qu'une cardiopathie, une néphropathie, une hémopathie nécessitait, pendant un certain temps une contraception, cette dernière était définitive, aboutissant le plus souvent à la solution radicale qu'est la ligature des trompes.

Cette contraception définitive n'était, souvent, pas souhaitée par la malade.

Une telle formule ne pouvait être souhaitable. Or, actuellement, lorsque pour une raison médicale le praticien envisage une contraception, cette dernière, grâce aux moyens modernes qui sont mis à sa disposition, est temporaire.

Lorsque l'état médical se sera amélioré, la femme pourra ainsi à nouveau procréer.

Il s'agit donc là d'un point important permettant au praticien de pouvoir limiter dans le temps la contraception.

Sur un deuxième plan, cette consultation est intéressante, car elle permet au praticien de surveiller l'état gynécologique d'une femme. En effet, des examens préalables à toute contraception ont pour but de dépister les contre-indications, mais aussi de mettre le médecin à l'abri de toute critique si survenait une maladie qu'une patiente pourrait à tort ou à raison attribuer au traitement anticonceptionnel.

Les examens préalables sont d'autant plus nécessaires que les femmes qui commencent de tels traitements les entreprennent, en général, pour plusieurs années.

Il serait extrêmement imprudent de prescrire un traitement anticonceptionnel sans avoir réalisé ces examens.

On pratiquera systématiquement un examen médical général, un examen gynécologique et des frottis de dépistage du cancer, et ceci quel que soit l'âge de la patiente.

Combien de cancers ont été ainsi découverts chez des femmes qui n'en présentaient aucuns des signes ou des symptômes cliniques.

Enfin, chaque patiente pose un problème particulier.

Elle devra, selon son état de santé et ses antécédents, faire l'objet d'examens complémentaires appropriés.

Une surveillance et un contrôle du traitement sont nécessaires. Une consultation tous les quatre mois, soit trois fois par an, semble constituer un rythme convenable.

Signalons pour terminer à quel point la contraception en général est un excellent prétexte pour la surveillance gynécologique des femmes.

B — LES AUTRES CONSULTATIONS DE CONTRACEPTION A PARIS

Cependant, d'autres consultations ont été créées à Paris également.

1 — A l'hôpital de la Pitié

Dans ce centre, la contraception était surtout proposée à des femmes justifiant de nombreuses grossesses.

2 — A l'hôpital Bichat

Plus qu'un centre de contraception, il s'agissait là surtout d'un centre d'information post-universitaire destiné particulièrement aux praticiens et dont la vie fut éphémère.

3 — A l'hôpital Lariboisière

Dans ce centre, existaient des cours de contraception, mais on y donnait encore peu de pilules et pas de stérilets.

4 — **A l'hôpital Beaujon**

Il s'agissait là d'une consultation comparable à celle de Bretonneau où toutes les méthodes de contraception étaient employées et où il n'existait pas de tri préalable des consultantes.

5 — **A l'hôpital Necker**

Ici, stérilets et contraceptifs oraux étaient de pratique courante.
Enfin, d'autres centres se créèrent, parmi lesquels celui de

6 — **l'hôpital Saint-Antoine**

Actuellement, tous ces centres sont officieux ; ils doivent cependant être officialisés par les décrets d'application de la loi de décembre 1967.

V

LES RESULTATS DE L'ENQUETE PORTANT SUR 590 DOSSIERS CONCERNANT LES MOTIVATIONS ET LES MODALITES DE LA CONTRACEPTION

Nous nous proposons d'étudier maintenant les résultats constatés à la consultation de contraception ouverte en 1967 à la Maternité Bretonneau.

Notre étude portera donc sur les 590 dossiers que cette consultation comporte à ce jour.

Afin d'être plus rigoureux, ces résultats seront donnés en fonction de divers paramètres.

Les motivations et les modalités de la contraception hospitalière à Bretonneau seront donc étudiées :

A) — En fonction du service qui nous a adressé les femmes : qu'il s'agisse de médecins (omnipraticiens ou spécialistes), d'un service de Maternité, du mouvement français pour le Planning familial, d'un service social ou bien d'amies, ou de parents des consultantes.

B) — En fonction de l'âge des consultantes.

C) — En fonction de leur situation familiale : célibataires, mariées ou divorcées.

D) — En fonction de leur parité.

E) — En fonction de leurs ressources : médiocres, suffisantes ou larges.

F) — En fonction de leur logement : confortable avec salle d'eau ou non confortable sans salle d'eau, avec les intermédiaires qu'il peut exister, ou inconfortable.

G) — En fonction de leur religion : israélites, protestantes, orthodoxes, catholiques, musulmanes, athées.

H) — En fonction de leur culture : primaire, secondaire, technique ou supérieure.

I) — En fonction du nombre de fausses couches qu'elles ont provoquées intentionnellement.

J) — En fonction de la méthode contraceptive que la femme pratiquait avant la consultation : coït interrompu, méthode Ogino, cape, condoms, ou continence totale.

K) — En fonction de la durée de la contraception qu'elles souhaitent.

L) — Enfin, en fonction des méthodes qu'il paraît souhaitable de proposer à la patiente.

Qu'il s'agisse d'un diaphragme, d'un stérilet ou « de la pilule ». Avec leurs indications et leurs contre-indications.

A — EN FONCTION DU SERVICE QUI NOUS ADRESSE LES CONSULTANTES

Dans cette rubrique, deux services nous ont semblé particulièrement importants.

En effet, on constate que :

243 cas soit 40 % de nos patientes nous ont été adressés par des médecins, qu'il s'agisse de praticiens ou de médecins hospitaliers.

La deuxième part importante revient pour :
120 cas soit 20,3 % aux différents services de la Maternité Bretonneau, ce qui se comprend aisément du fait de la nature même de ce service (gynécologie obstétrique) où l'on peut facilement découvrir les grandes multipares, les « Avorteuses », etc...

Quant aux autres organismes qui nous adressent nos patientes, on retrouve :

68 patientes, soit 11,5 % des cas, qui sont venues consulter spontanément.

59 patientes, soit 9,4 % des cas, qui nous ont été adressées par le Mouvement Français pour le Planning Familial.

52 patientes, soit 9 % des cas, ont été conseillées par des amies.

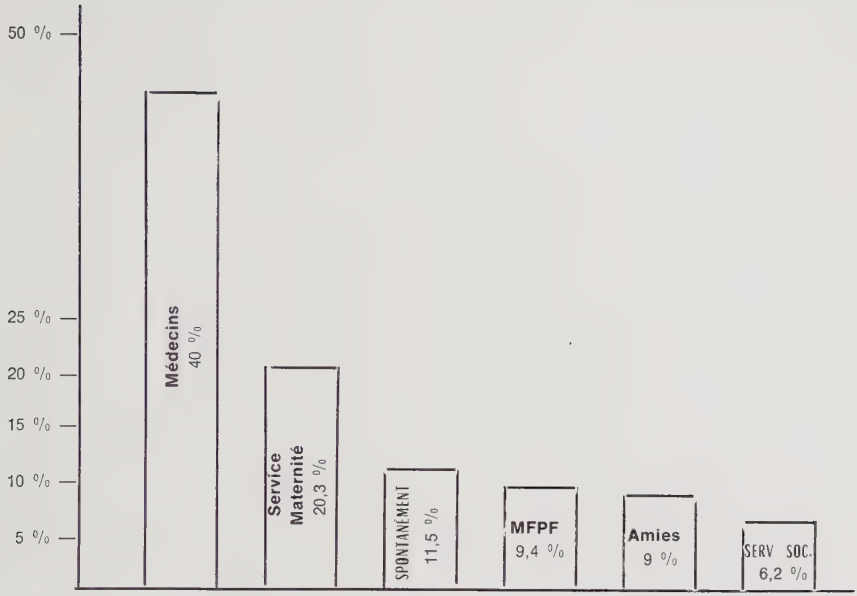
39 patientes, soit 6,2 % des cas, nous sont adressées par le Service Social.

Enfin, on retrouve 4 patientes, ce qui représente 0,8 % des cas, adressées par leur famille.

Il ressort donc de cette analyse que les femmes venant nous consulter, nous sont principalement adressées :

— d'abord par les médecins, avec 40 % des cas.

— ensuite par le Service de la Maternité, avec 20,3 % des cas.



[1] EN FONCTION DU SERVICE QUI NOUS L'A ADRESSÉE

B — EN FONCTION DE LEUR AGE

Avant d'envisager cette étude, on peut, de toute façon, affirmer qu'il s'agit d'une population comportant en majorité des femmes jeunes et en pleine période d'activité génitale.

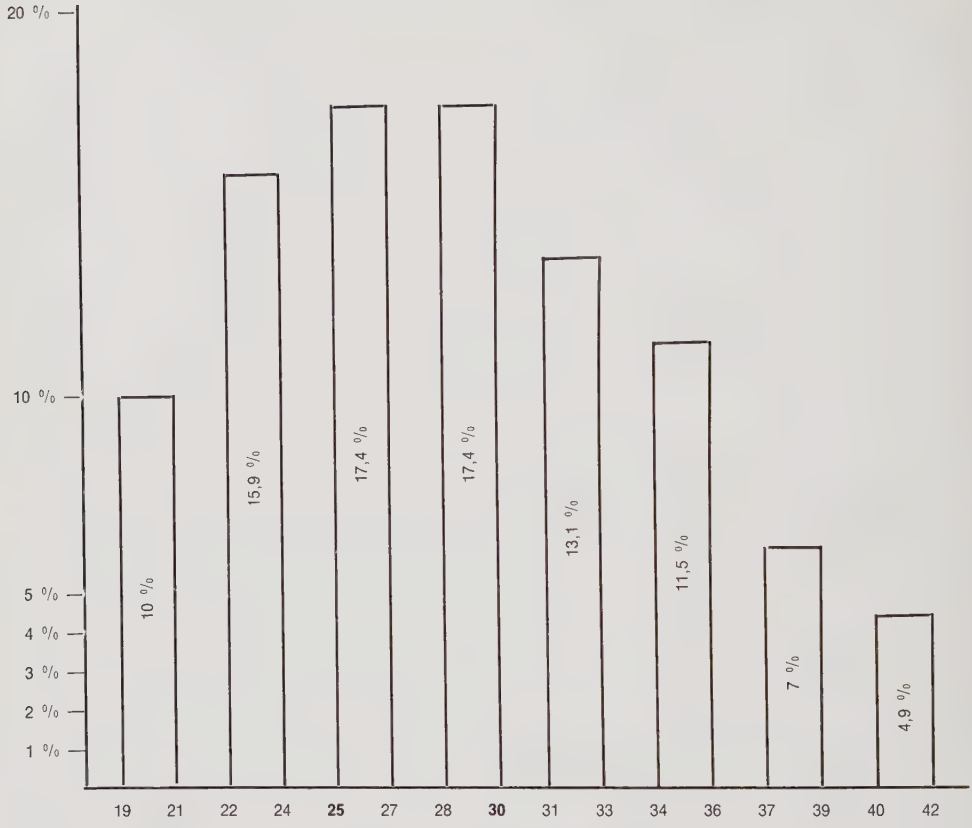
Ce qui nous a surtout frappé, c'est de trouver deux pics principaux, se situant l'un de 25 à 27 ans et l'autre de 28 à 30 ans.

En effet, on retrouve :

De 19 à 21 ans 58 cas soit 9,9 %
De 22 à 24 ans 93 cas soit 15,9 %
De 25 à 27 ans 103 cas soit 17,4 % } soit 34,8 %
De 28 à 30 ans les proportions sont identiques } entre 25 et 30 ans
De 31 à 33 ans 78 cas soit 13,1 %
De 34 à 36 ans 68 cas soit 11,5 %
De 37 à 39 ans 40 cas soit 7 %
Au-dessus de 40 ans 38 cas soit 6,6 %.

Les autres proportions sont négligeables.

Il résulte de tout ceci, que la période où la femme a le plus besoin d'un conseil contraceptif se situe pour 206 cas, soit 34,8 %, entre 25 et 30 ans.



[2] EN FONCTION DE L'AGE

C — EN FONCTION DE LEUR SITUATION DE FAMILLE

Sur les 590 dossiers étudiés, on retrouve une grosse majorité de femmes mariées *soit* 490 *femmes* (82,7 % des cas).

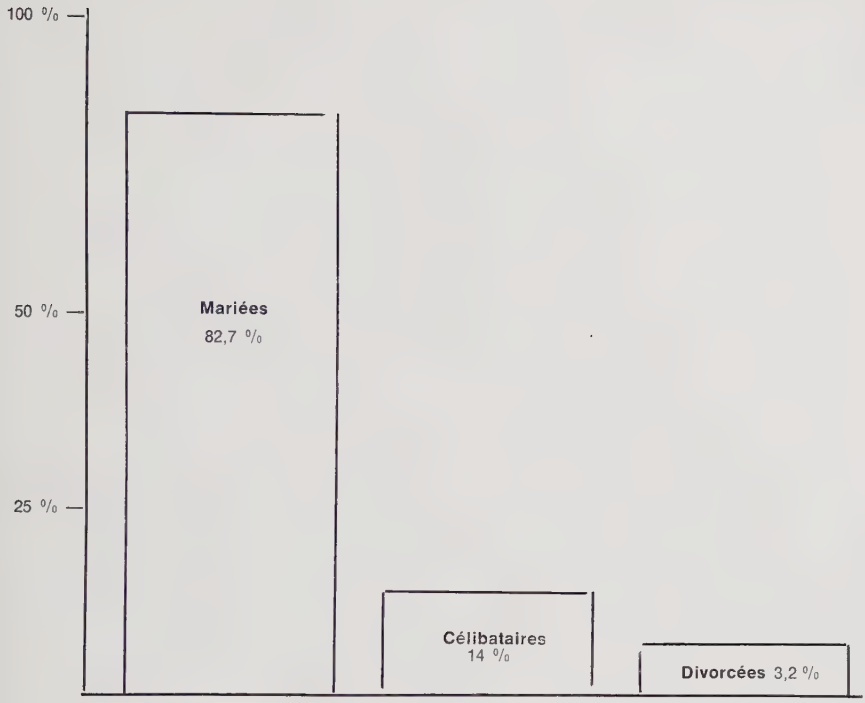
80 femmes sont célibataires, soit 14 %.

Enfin, 20 patientes sont divorcées, soit 3,2 % des cas.

Quant aux veuves non remariées, on en a retrouvé 2 cas sur 590.

D — EN FONCTION DE LEUR PARITE

Souvent le motif invoqué par les patientes venues nous consulter est la trop grande parité.



[2] EN FONCTION DE LEUR SITUATION DE FAMILLE

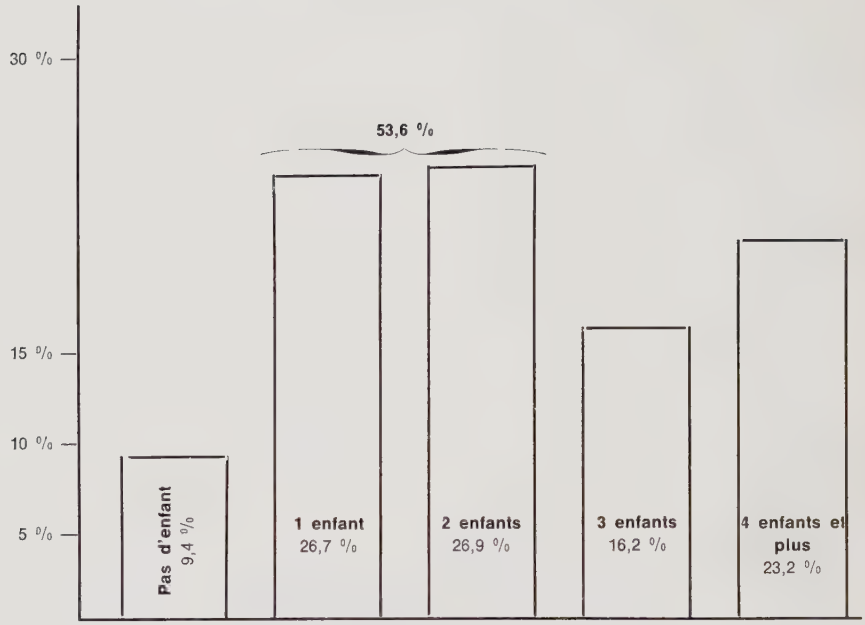
D'après l'étude de nos dossiers, il ressort cependant que :

57 femmes soit 9,4 % n'ont aucun enfant
148 femmes soit 26,7 % ont 1 enfant
151 femmes soit 26,9 % ont 2 enfants
96 femmes soit 16,2 % ont 3 enfants
Enfin, 122 femmes soit 23,2 % ont 4 enfants et plus.

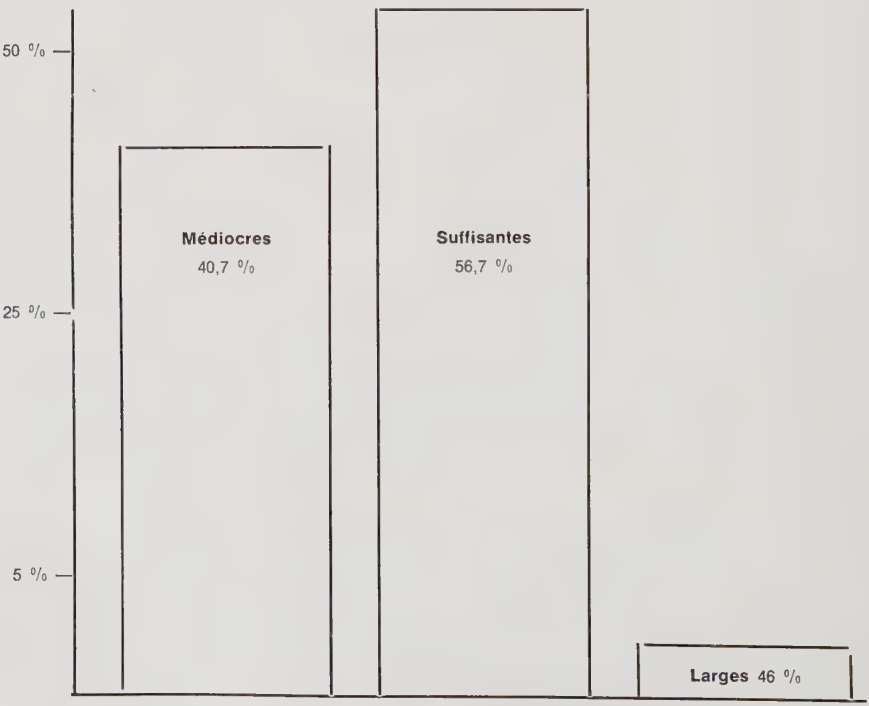
Donc, 53,6 % ont déjà 1 ou 2 enfants, c'est la majorité, et veulent simplement planifier leur famille par une contraception de ± longue durée.

E — EN FONCTION DE LEURS RESSOURCES

Dans cette étude, nous avons demandé à nos patientes si leurs ressources leur semblaient médiocres, suffisantes ou larges.



[4] EN FONCTION DE LEUR PARITÉ



[5] EN FONCTION DE LEURS RESSOURCES

Il s'agit donc ici d'une enquête très subjective.

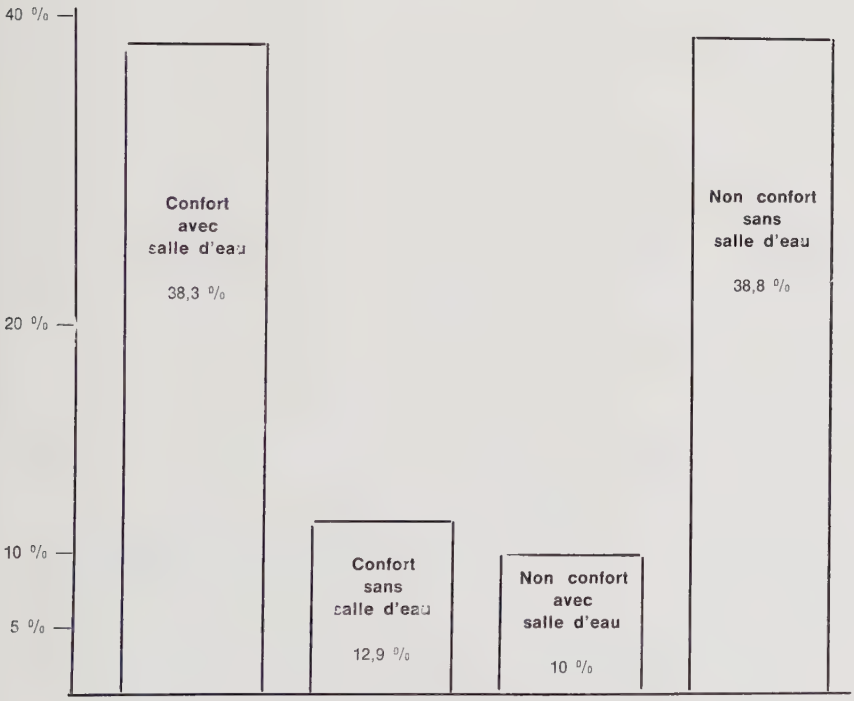
On retiendra cependant que pour :

233 femmes soit 40,7 % leurs ressources leur apparaissent comme étant médiocres.

Elles sont jugées suffisantes par 335 femmes soit 56,7 %.

Quant aux 2,6 % de cas restants, il s'agit de femmes considérant leurs ressources comme étant larges.

F — EN FONCTION DE LEURS LOGEMENTS



[6] EN FONCTION DE LEURS LOGEMENTS

Pour cette étude, nous avons réparti les logements en quatre catégories :

Logement confortable, c'est-à-dire deux pièces minimum, pour un couple sans enfant.

Au total, les patientes se répartissent dans les quatre catégories suivantes :

— logement confortable avec salle d'eau

— logement confortable sans salle d'eau

— logement non confortable avec salle d'eau

— logement non confortable sans salle d'eau.

Ainsi :

226 femmes, soit 38,3 % des cas, considèrent leur logement comme étant confortables. Elles possèdent de plus une salle d'eau.

72 femmes, soit 12,9 % des cas, pensent que leur logement est confortable, mais elles ne possèdent pas de salle d'eau.

59 femmes, soit 10 % des cas, admettent que leur logement n'est pas confortable. Cependant, elles possèdent une salle d'eau.

Enfin et pour terminer, 240 femmes, soit 38,8 % des cas, ont un logement non confortable (souvent une seule pièce pour toute la famille) sans salle d'eau.

De cette étude, il ressort donc qu'il existe principalement deux types de « clientèle » venant consulter à l'hôpital Bretonneau :

— une population bien logée et qui regroupe 38,3 % des cas

— et une population logée d'une façon médiocre avec 38,8 % des cas.

G — EN FONCTION DE LEUR RELIGION

L'interrogatoire nous a révélé que sur l'ensemble de nos patientes :

419 femmes soit 71 % étaient catholiques, ce qui est normal dans un pays à dominance catholique.

71 femmes soit 12,8 % étaient musulmanes, ce qui se comprend aisément du fait de la situation géographique de l'hôpital Bretonneau où viennent consulter les Nord-Africains, nombreux dans ce quartier de Paris.

Quant au reste, soit les 16,2 % des cas restants, elles se classent en :

— athées : 62 femmes soit 10,5 %

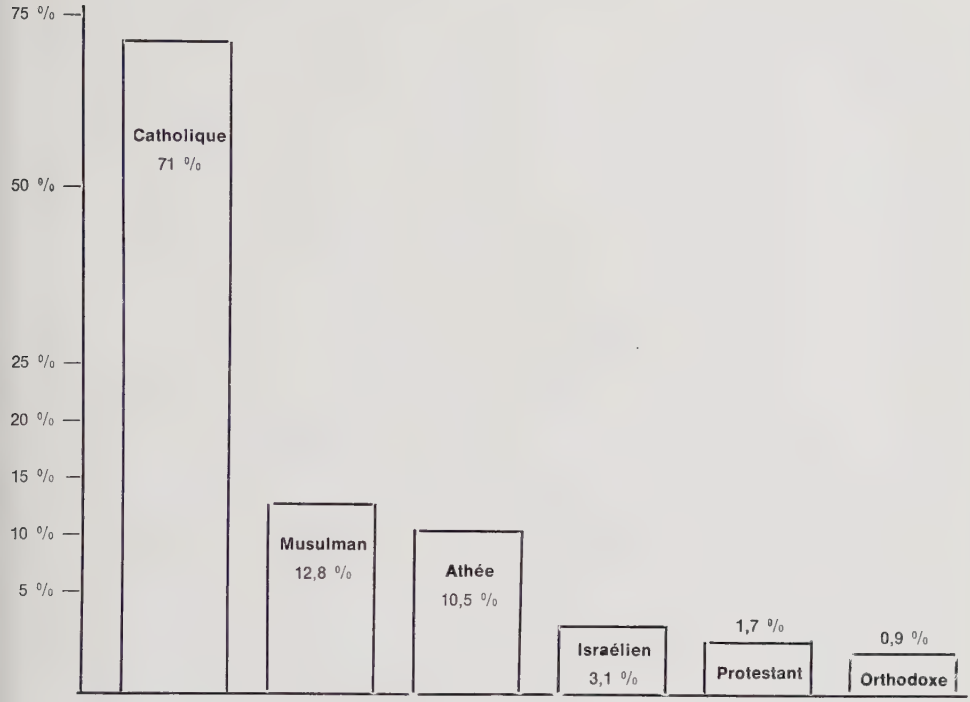
— israélites : 19 femmes soit 3,1 %

— protestantes : 11 femmes soit 1,7 % (ce qui est remarquablement peu...)

— orthodoxes : 5 femmes soit 0,9 %.

A noter que dans cette enquête, nous ne nous sommes pas préoccupés de savoir si les personnes consultées étaient pratiquantes ou non.

De tout ceci, il ressort que notre clientèle est en majorité catholique (71 %), et musulmane (12,8 %).



[7] EN FONCTION DE LEUR RELIGION
(dominante catholique importante en France)

H — EN FONCTION DE LEUR CULTURE

Nous avons divisé la culture en quatre groupes.

Tout d'abord, la culture primaire c'est-à-dire allant jusqu'au certificat d'études primaires.

La culture secondaire pour des études allant jusqu'au Baccalauréat.

La culture Technique et enfin la culture Supérieure (Faculté, Grandes Ecoles).

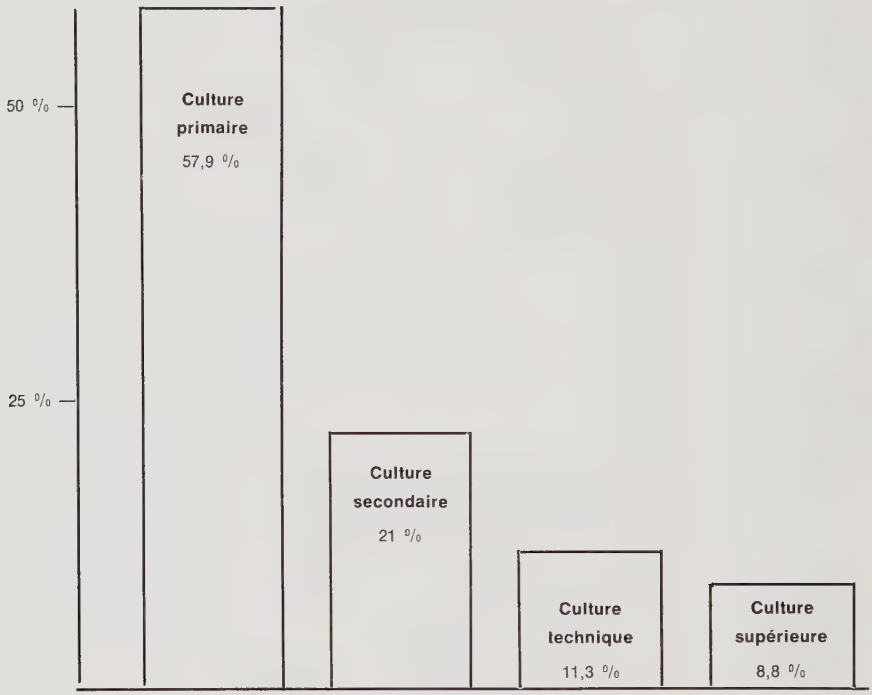
La majorité de nos patientes soit 347 femmes, ce qui représente 57,9 %, ont une culture primaire.

124 femmes soit 21 %, ont une culture secondaire.

66 femmes soit 11,3 %, ont suivi une formation technique.

52 femmes soit 8,8 %, ont une culture supérieure.

Ces résultats nous montrent que plus de la moitié de nos patientes n'ont qu'une culture primaire et il semble ainsi que le besoin d'une contraception hospitalière soit inversement proportionnel à la culture.



[8] EN FONCTION DE LEUR CULTURE

I — EN FONCTION DU NOMBRE DE FAUSSES COUCHES PROVOQUEES

La majorité de nos patientes soit 415 femmes, ce qui représente une proportion de 70,3 % ne nous ont avoué aucune manœuvre abortive.

95 femmes ont fait état de 1 fausse couche provoquée, soit 16,1 %.

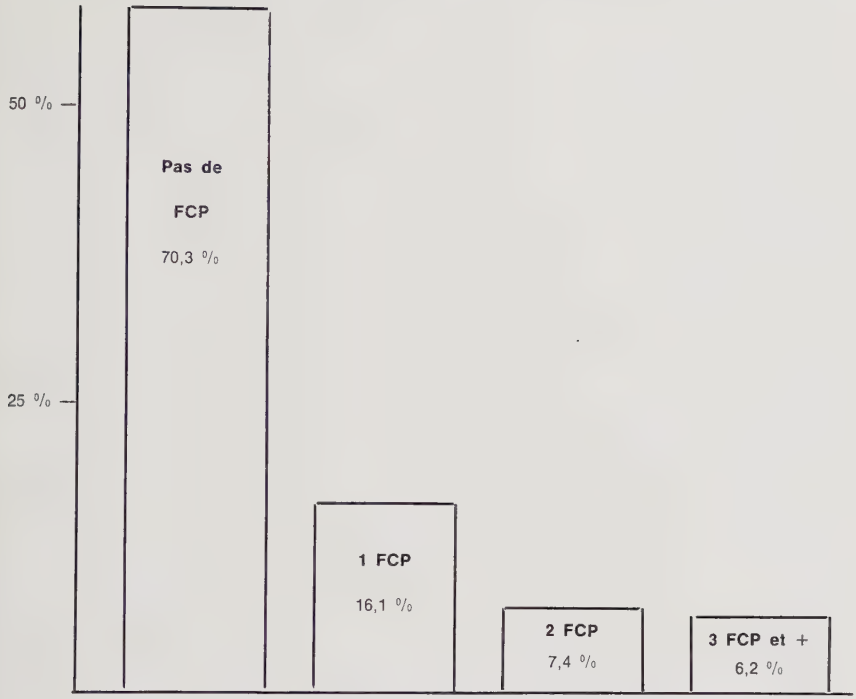
44 femmes ont fait deux fausses couches, soit 7,4 %.

Quant au reste, regroupant 6 % des cas, il se répartit ainsi :

3 fausses couches provoquées : 18 cas soit donc environ 3 %

4 fausses couches provoquées : 6 cas soit 1 %

5 fausses couches provoquées : 3 cas soit 0,5 %.



[9] EN FONCTION DU NOMBRE DE FCP

Enfin, plus de 5 fausses couches provoquées : 9 cas soit 1,5 %.

On s'aperçoit donc que la majorité (70,3 %) déclarent n'avoir fait aucune fausse couche provoquée.

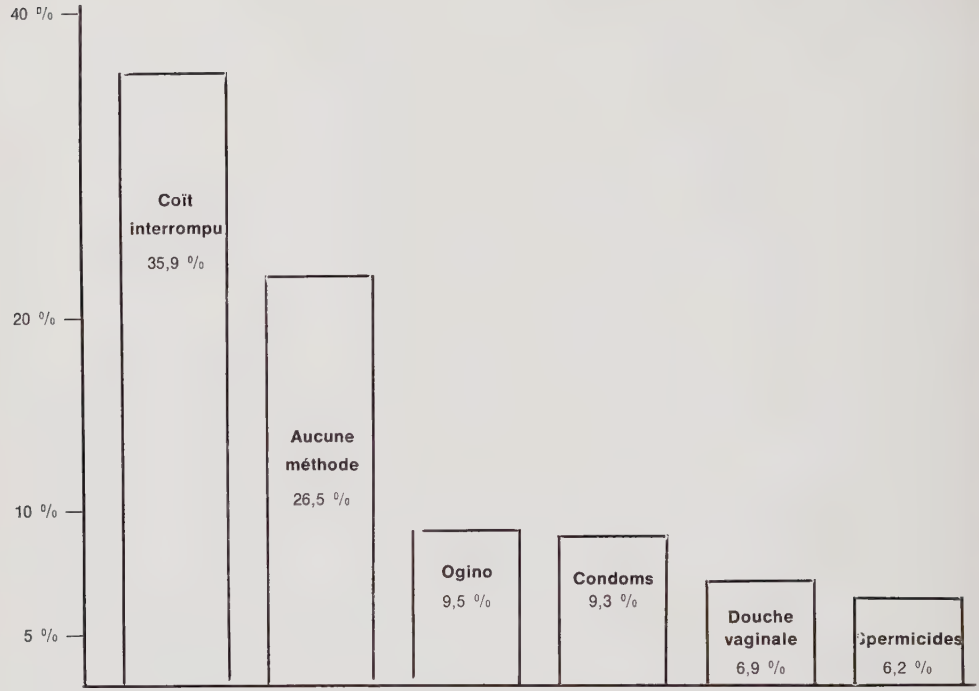
J — EN FONCTION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE QUE LA FEMME PRATIQUAIT AVANT LA CONSULTATION

Il arrive souvent lors de l'interrogatoire de nos patientes que lorsqu'on leur demande de nous livrer leur méthode contraceptive, elles citent plusieurs moyens.

Cependant, et afin d'avoir une valeur, nous n'avons considéré dans cette étude que la méthode contraceptive qui était la plus fréquemment employée par le couple.

On voit ainsi que la majorité des couples, soit 214 cas, ce qui représente 35,9 %, pratiquait le coït interrompu.

58 femmes, soit 9,5 %, utilisaient la méthode Ogino.



[10] EN FONCTION DE LA MÉTHODE CONTRACEPTIVE UTILISÉE AVANT LA CONSULTATION

56 femmes, soit 9,3 %, utilisaient dans leurs rapports sexuels, des condoms.

48 femmes, soit 16,9 %, donnaient l'avantage à la douche vaginale.

39 femmes, soit 6,2 %, utilisaient des produits locaux chimiques, genre spermicide.

18 femmes, soit 3 %, n'utilisaient exclusivement que la courbe thermique.

17 femmes, soit 2,9 %, se servaient d'obturateurs.

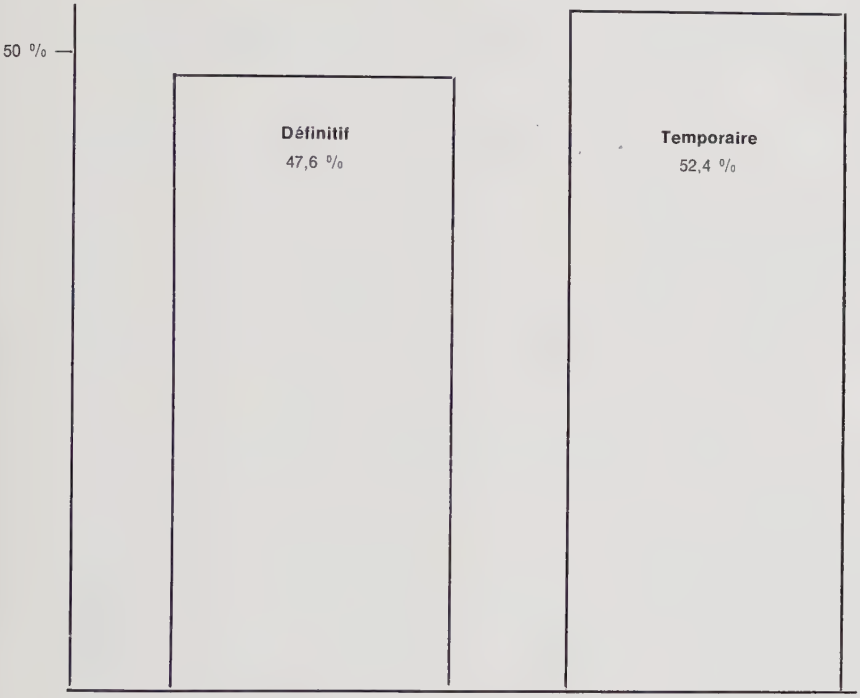
Quant à la continence totale, elle n'était le fait que de 3 femmes, soit 0,5 %.

On s'aperçoit donc, en définitive, que les couples se tournent vers le moyen contraceptif le plus simple et qui n'est pas, et de loin, le plus efficace, puisqu'elles en réclament un meilleur.

En effet, la méthode pratiquée par la majorité des couples avant que la femmes ne vienne consulter est représentée par le coït interrompu avec un pourcentage de 35,9 %.

K — EN FONCTION DE LA DUREE DE LA CONTRACEPTION

Nous avons demandé à nos patientes la durée qu'elles envisageaient pour leur contraception.



[11] EN FONCTION DE LA DURÉE DE LA CONTRACEPTION

Ceci, non dans un but statistique, mais dans un but thérapeutique, avant de leur fournir le moyen contraceptif le plus adapté.

Il en résulte que pour 284 femmes, cette contraception devait être définitive, soit 47,6 %.

Quant aux 306 femmes restantes, soit 52,4 %, la contraception n'était alors que temporaire allant de quelques mois à quelques années.

L — EN FONCTION DES INDICATIONS DE LA CONTRACEPTION ENVISAGEE

Il nous a semblé plus aisé de distinguer parmi les indications de la contraception deux chapitres :

1 — Les indications de la contraception chez des femmes ne voulant plus d'enfants définitivement.

2 — Les indications de la contraception chez des femmes ne voulant plus d'enfants provisoirement.

Dans le premier cas, les raisons sont sociales, familiales, économiques, ou de santé.

Dans le deuxième cas, les causes peuvent également être sociales, économiques, de santé, ou bien relever simplement « d'une politique de la famille », c'est-à-dire d'un planning réfléchi et conscient.

1 — *Parmi les femmes qui ne veulent plus d'enfants* (285 *cas*) *définitivement, sont invoquées les causes suivantes :*

● Raisons de santé	39 femmes	13 %
● Raisons économiques	68 femmes	23 %
● Raisons sociales	69 femmes	23 %
● Plus de 2 enfants	27 femmes	8 %
● Plus de 3 enfants	35 femmes	12 %
● Plus de 5 enfants	63 femmes	21 %
	285 femmes	100 %

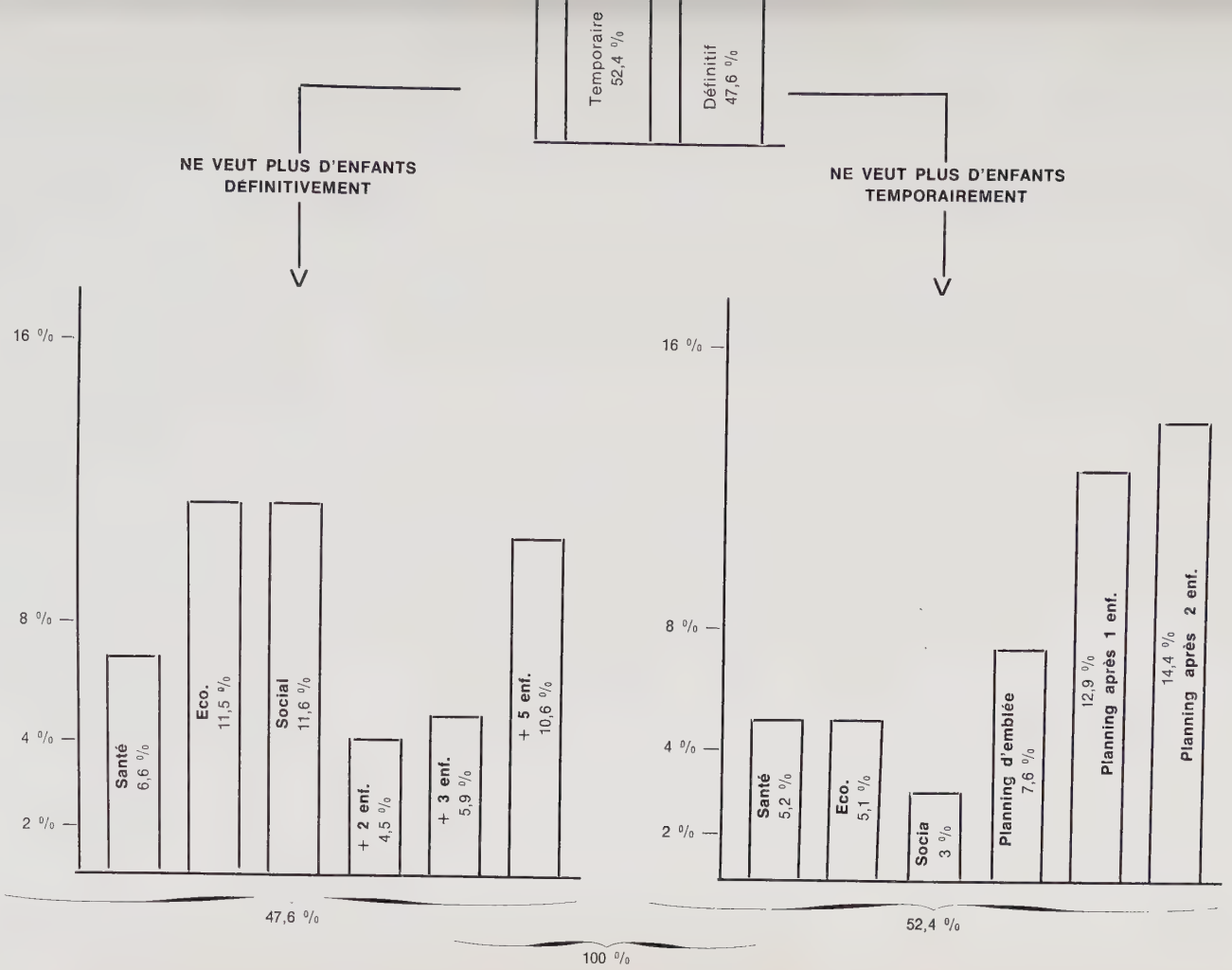
2 — *Parmi les femmes qui ne veulent plus d'enfants* (305 *cas*) *mais ceci d'une façon provisoire, on retiendra les motifs suivants :*

● Raisons de santé	31 femmes	11 %
● Raisons économiques	30 femmes	11 %
● Raisons sociales	18 femmes	7 %
● Planning d'emblée	45 femmes	15 %
● Planning après 1 enfant	76 femmes	26 %
● Planning après 2 enfants	85 femmes	30 %
	305 femmes	100 %

En ne s'occupant pas du caractère définitif ou provisoire de la contraception, on retiendra le tableau suivant.

● *Motifs invoqués par les femmes à la consultation de contraception.*

● Raisons de santé	70 femmes	11,8 %
● Raisons économiques	98 femmes	16,6 %
● Raisons sociales	87 femmes	14,6 %
● Planning d'emblée	45 femmes	7,6 %
● Planning après 1 enfant	76 femmes	12,9 %
● Planning après 2 enfants	112 femmes	18,9 %
● Après plus de 3 enfants	35 femmes	5,9 %
● Après plus de 5 enfants	63 femmes	10,6 %
	590 femmes	100 %



[12] EN FONCTION DES MOTIFS INVOQUÉS PAR NOS PATIENTES

M — EN FONCTION DES METHODES PROPOSEES

— Car la méthode proposée par le médecin influe sur la décision des femmes.

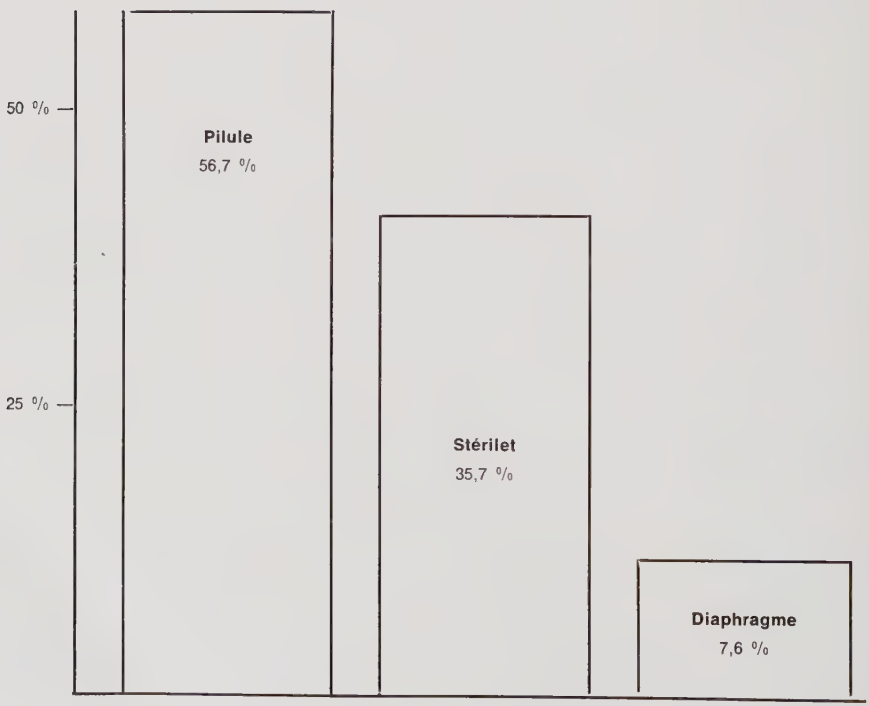
— Ces méthodes peuvent se résumer grossièrement en deux chapitres :

Les femmes à qui l'on propose des moyens chimiques et celles à qui l'on propose des méthodes mécaniques.

Naturellement, nous ne tiendrons pas compte ici des quelques femmes traitées radicalement par la chirurgie.

Parmi les femmes à qui l'on propose des méthodes chimiques genre « pilule », on retrouve 302 cas soit 56,7 %.

Celles à qui l'on propose des méthodes mécaniques représentent 256 femmes soit 43,3 %.



[13] EN FONCTION DES MÉTHODES PROPOSÉES

(méthodes définitives et non provisoires telles que condoms, gelée spermicide, cape, etc.)

Quant à ces méthodes mécaniques, elles se répartissent ainsi :

— le diaphragme a été proposé à 45 femmes soit à 7,6 %.

— le stérilet à 211 femmes soit 35,5 %.

Bien sûr, nous ne nous occupons pas des divers moyens « d'attente » tels que :

— condoms

— méthode Ogino

— gelées spermicides

— etc..., qui sont proposés parfois en attendant que telle ou telle condition locale ou générale soit améliorée et permette une contraception réellement efficace et bien adaptée (guérison d'une cervicite, d'une annexite, etc...).

N — LES EXEMPLES DEMONSTRATIFS

1 — Premier exemple : Un cas de motivation sociale

M^me^ D... Paulette, qui est âgée de 33 ans, de nationalité française, nous est adressée en 1968 par le Service Social.

Elle est mariée depuis 1959 avec un homme de 3 ans son aîné. On retient que son mari change fréquemment de profession ; il s'agit d'un instable.

Actuellement, il est menuisier.

De plus, il aurait une nette tendance éthylique.

Les difficultés qu'elle rencontre avec son mari, en particulier à propos de la contraception, lui impose de venir en cachette, car cet homme refuse catégoriquement tout moyen anticonceptionnel et « il la battrait sûrement s'il apprenait qu'elle était venue consulter »...

Ses antécédents obstétricaux montrent qu'elle a mené à terme 6 grossesses.

Depuis 1 an, elle a fait deux fausses couches provoquées.

Et en effet, on apprend que depuis 1 an, elle ne veut plus d'enfants définitivement.

A cette femme désemparée, consultant d'une façon craintive et qui est venue chercher « le remède » miracle qui lui permettra à la fois de s'entendre correctement avec son mari et de ne plus avoir d'enfants, il est conseillé la prise régulière d'un œstro-progestatif. On se demandait néanmoins si elle serait assez intelligente pour comprendre la posologie de ce médicament.

Or, depuis plus d'un an, elle n'a présenté aucune grossesse.

Quant à son mari, il est, aux dires de notre patiente, « moins méchant ».

2 — **Deuxième exemple : Une grande multipare**

M^me^ S... Eugénie est née le 24 avril 1924. Elle a donc 45 ans.

Son mari, de 2 ans son aîné, travaille comme employé de bureau.

Elle est sans profession.

Elle est venue nous consulter spontanément, ayant « entendu parler » de notre consultation.

Les ressources du couple sont médiocres.

Elle loge, avec ses enfants et son mari, dans un appartement de cinq pièces avec salle d'eau.

Dans ses antécédents obstétricaux, on retrouve la notion de 17 grossesses.

Onze ont été menées à terme, et elle a fait cinq fausses couches spontanément.

Elle vient nous consulter car elle et son mari ne veulent plus d'enfants d'une façon définitive.

A l'examen, on retrouve des varices importantes des deux membres inférieurs, un uréthrocystocèle et un rectocèle.

Devant ces 17 grossesses qui ont mis en jeu la santé de la mère (d'autant qu'on retrouve chez cette patiente la notion d'une tuberculose pulmonaire à l'âge de 6 ans et d'un ulcère à l'estomac actuellement stabilisé), on conseille la pose d'un stérilet.

Suivi en consultation régulièrement, il semble que pour l'instant ce stérilet soit bien supporté.

3 — **Troisième exemple : Une femme se faisant régulièrement avorter**

L'histoire est ici banale :

M^me^ D... Marie-Louise est née le 16 août 1931. Elle a donc 38 ans.

Elle s'est mariée en 1954 avec un homme de 6 ans son aîné qui est mécanographe.

Elle est sans profession, de culture primaire, et catholique pratiquante.

Elle juge ses ressources comme étant suffisantes.

Actuellement, elle habite un appartement confortable muni d'une salle d'eau.

Dans ses antécédents obstétricaux, on retrouve la notion de deux grossesses menées à terme.

Cependant, à chacune de ces 2 grossesses, il y a tentative d'avortement.

De plus, à côté de ces grossesses menées à terme, on constate l'existence de 12 fausses couches provoquées, à chaque fois environ vers le troisième mois et qui se sont toutes soldées par un curetage.

L'état vasculaire de ses membres inférieurs contre-indiquant la « pilule », on met en place un stérilet qui, jusqu'à ce jour, est bien supporté.

4 — Quatrième exemple : Une malade mentale

Mme E... Georgette, qui est de nationalité française, est née le 8 avril 1930. Elle a donc 39 ans. Elle est venue consulter au mois de juillet 1968, adressée par le Service Social (éducation surveillée). L'histoire de Mme E... est assez complexe. En effet, elle est divorcée depuis plusieurs années et elle ne travaille pas. Pendant un certain temps cependant, elle aurait fait des ménages.

Actuellement, elle vit avec un homme de 6 ans son aîné. Ce dernier est chômeur.

Quant à leurs ressources, elles sont passablement médiocres.

Leur logement est inconfortable et ne possède pas de salle d'eau.

Dans ses antécédents médicaux, on ne retrouve rien de bien particulier, si ce n'est que depuis environ deux ans, elle se sent déprimée.

Elle était d'ailleurs suivie dans un service médico-psychiatrique pour cette dépression.

De plus, depuis quelques mois, seraient apparues des idées de suicide.

Quant à ses antécédents obstétricaux, on a retrouvé la notion de 19 grossesses, s'étalant de 1952 à 1965, avec 4 fausses couches spontanées et un enfant qui serait décédé à 6 semaines.

Il reste donc 14 enfants vivants, bien portants, mais qui ne vivent pas avec elle.

En effet, ces enfants ont été placés, leur mère ne pouvant les élever correctement.

Cette femme, âgée de 39 ans, intellectuellement peu douée, et qui, depuis quelques années, est traitée pour une dépression avec idées de suicide, est adressée par le Service Social à la consultation de contraception.

Chez elle, la meilleure méthode semblait être la pose d'un stérilet.

Ce dernier a été mis en place il y a plus de 8 mois. Il est correctement supporté.

Aucun incident jusque-là n'est apparu.

On voit donc que le profil psychologique de cette femme avec les idées de suicide qu'elle avait, a nécessité qu'elle soit suivie par une consultation de contraception.

5 — **Cinquième exemple : Une indication médicale**

M^me^ C... Liliane, âgée de 32 ans, est sans profession.

Elle est mariée depuis 1967 à un ajusteur.

Sa culture est technique.

Elle est athée.

Les ressources du ménage semblent être suffisantes.

En effet, leur appartement possède trois pièces avec une salle de bain.

Dans ses antécédents médicaux, on retrouve la notion d'un rétrécissement mitral qui serait apparu à l'âge de 18 ans, à la suite d'une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Elle a subi deux fois, en 1963 et en 1968, une comissurotomie mitrale ; et actuellement, elle est sous traitement anticoagulant.

Dans les suites de la 2^e^ comissurotomie, s'est manifestée une phlébite du membre inférieur droit.

Quant à ses antécédents obstétricaux, on retrouve la notion d'une césarienne, en 1967, qui a été bien supportée.

De plus, elle a fait trois fausses couches naturelles, toujours vers le 3^e^ mois.

Ces fausses couches ont été curetées.

Devant la crainte que l'on peut avoir d'une nouvelle grossesse, chez une femme présentant de tels antécédents médicaux, une contraception a donc été envisagée.

Il semble jusqu'à présent, que la pose d'un stérilet se soit révélée, chez elle, être le moyen le plus favorable.

6 — **Sixième exemple : Une indication obstétricale**

M^me^ O... Allègre est d'origine égyptienne.

Elle est née le 4 janvier 1936.

Il s'agit d'une femme présentant une hypothyroïdie avec un métabolisme basal diminué de 29 %.

De plus, au cours d'une gestation en 1964, elle aurait présenté des perturbations transitoires des épreuves rénales.

Quant à son histoire, elle semble assez banale :

Il s'agit donc d'une femme de 33 ans, divorcée et remariée depuis 6 ans avec un Français qui travaille comme comptable.

Les ressources du couple sont médiocres.

Sa culture est secondaire.

Enfin, elle est israélite pratiquante.

On retrouve dans son passé obstétrical la notion de quatre grossesses menées à terme.

De plus, elle a fait quatre avortements spontanés, en 1965, 1967, 1968, et 1969.

Devant la répétition de ces avortements spontanés, dont il est difficile d'établir la cause, mais qui peuvent être mis sur le compte du passé pathologique de notre malade, une contraception a donc été envisagée.

Etant donné les antécédents de notre patienté et l'état variqueux important des membres inférieurs l'on a opté pour la mise en place d'un stérilet.

Ce dernier, jusqu'à ce jour, est très bien supporté.

VI

CONCLUSION

1 — La planification des naissances dont la contraception n'est qu'un des corollaires, représente une vaste entreprise dont le but essentiel est :

1°) la lutte contre l'avortement criminel.

2°) une meilleure étude de tous les problèmes posés par la fertilité humaine.

3°) une information sexuelle.

Une telle entreprise faite en milieu hospitalier en service de maternité aura en outre l'énorme avantage d'une surveillance quasi-systématique des femmes permettant ainsi une lutte contre la stérilité et le dépistage du cancer.

2 — L'ensemble des motivations étudiées ici nous prouve à quel point la planification des naissances est un besoin profondément ressenti par la population.

3 — De notre enquête, il ressort que sur une population globale de 590 femmes venues consulter à l'hôpital Bretonneau depuis 1967, les motivations d'une contraception étaient les suivantes :

● Cause de santé	70 femmes	11,8 %
● Cause économique	98 femmes	16,6 %
● Cause sociale	87 femmes	14,6 %
● Planning d'emblée	45 femmes	7,6 %
● Planning après 1 enfant	76 femmes	12,9 %
● Planning après 2 enfants	112 femmes	18,9 %
● Car plus de 3 enfants	35 femmes	5,9 %
● Car plus de 5 enfants	63 femmes	10,6 %
	590 femmes	100 %

4 — Un premier pas a été franchi et la contraception a fait son entrée dans les mœurs. Cependant, lorsqu'il s'agit de régulation des

naissances, en particulier dans les pays industrialisés, c'est un problème médico-psycho-social qui se pose.

5 — La contraception n'est pas tout, elle fait partie d'un ensemble dont l'information sexuelle est un maillon important.

Dans le contexte social actuel, il faut compléter cette action purement contraceptive par une large information des jeunes et des moins jeunes.

6 — Une consultation hospitalière de contraception ne peut se concevoir sans l'aide de médecins, de psychiatres, de sages-femmes, de sociologues, d'assistantes sociales, de conseillers conjugaux.

Cette équipe travaillera principalement sur trois plans :

— une étude médicale de chaque cas afin de choisir au mieux la technique contraceptive.

— une étude psychologique du couple.

— enfin, une étude sociale du milieu où évolue ce couple.

7 — Le droit des femmes aux méthodes contraceptives étant reconnu, on peut espérer que les résultats des travaux entrepris permettront de leur faire bénéficier d'une contraception efficace, bien tolérée, sans risque et qu'ainsi, on pourra commencer la lutte contre les avortements provoqués dont on sait la fréquence et la gravité dans notre pays.

Bibliographie

AUBRET J.-M. — L'Eglise catholique et la contraception. — Gazette médicale de France - Octobre 1968.

BUELLENS (H. et L.) et GROTHERS. — Mariage catholique et contraception.

DALSACE J. et PALMER Raoul. — La contraception. La Science vivante.

DUMAS P. — Point de vue de l'Eglise Réformée en France en vue de la contraception. — Gazette médicale - Octobre 1968.

DUFOUG G. — Loi tendant à modifier les articles 3 et 4 de la loi du 31 juillet 1920 concernant la régulation des naissances et les contraceptifs. — La médecine praticienne - Février 1968.

GUGENHEIN R. — Point de vue insolite en matière de contraception. — Gazette médicale - Octobre 1968.

HERUET et BARRAT. — Stérilité et contraception. — Editions Baillière et Fils.

JOURNÉES DE CONTRACEPTION. — Hôpital Broca - Novembre 1968.

LAGROUA-WEILL-HALLÉ. — Hier, demain en France : l'étude des problèmes du couple. — Revue de médecine - Septembre 1968.

SIMON P. — Précis de contraception.

TEXIER G. — Les attitudes des Français à l'égard du contrôle des naissances. — L'évolution psychiatrique.

VILLEY R. — La législation anticonceptionnelle et le médecin.

WEILL-HALLÉ. — Encyclopédie médicale de la régulation des naissances. — Le monde d'aujourd'hui.

WEILL-HALLÉ. — La prescription contraceptive.

WOLFROMM H.-Michel. — Le facteur psychologique dans la contraception.

IMPRIMERIE
MABILAT S.A.
159, bd J.-Allemane
(95) - ARGENTEUIL